

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions générales :

Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.

Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.

La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.

L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.

En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

## macie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## ologie et Biologie :

La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu [sous pli confidentiel] doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.

Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

## que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## ducation :

L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.

Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

## aire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.

La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.

La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

## die et Affection Longue Durée ALD et ALC :

La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

## Adresses Mails utiles

Réclamation : contact@mupras.com

Prise en charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

65145

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

00868

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Burelle Françoise ep: Chadi

Date de naissance :

13/08/41

Adresse :

Residence Yasmine Esc D

45 Bd el Ghazi Essaouira

Tél. :

066 2556 693 Total des frais engagés : 550,10 Dh

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

15/02/2021

Nom et prénom du malade :

Burelle Françoise

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Le : 29/02/2021

Signature de l'adhérent(e)





Caisse des Français de l'Étranger

160 RUE DES MEUNIERS  
CS 70238 RUBELLES 77052 MELUN CEDEX  
Tél. : 33 1 64 14 62 62  
www.cfe.fr

MME SLAOUI FRANCOISE

RÉSIDENCE YASMINE

45 BOULEVARD GANDHI ESC D 2<sup>EME</sup> ETAG  
CASABLANACA  
20370  
MAROC

Rubelles, le 08/03/2021

## AVIS DE REGLEMENT

Page 1

| N° | Dates   | Détail des prestations   | Dépense réelle en Euros | Eléments de calcul |        |        |                |          | Montant du remboursement |
|----|---|--|-------------------------|--------------------|--------|--------|----------------|----------|--------------------------|
|    |   |  |                         | Prix unitaire      | Coeff. | Nbre   | Base de rembt  | Taux     |                          |
| 1  | ASSURE : FRANCOISE - Maladie<br>16/02/2021<br>17/02/2021<br>TOTAL DU DECOMPTE | ETR : CONSULTATION SPÉCIALISTE<br>ETR : PHARMACIE<br>REFERENCE : 20210308004085 -E | 32,37<br>73,55          | 25,00              |        | 1<br>1 | 25,00<br>73,55 | 70<br>65 | 17,50<br>47,81<br>65,31  |

Montant total payé en Euros

65,31

Merci d'attendre quelques jours avant de formuler une réclamation si ce décompte n'intègre pas toutes les factures adressées par un même envoi postal. Il peut effectivement arriver que le remboursement de vos dépenses médicales intervienne à quelques jours d'intervalle en fonction de la nature des soins facturés.

Notre procédure de remboursement diffère en fonction du lieu de réalisation des soins. En cas d'envoi simultané de vos feuilles de soins (réalisés en France et à l'étranger), vous recevrez des décomptes séparés, une fois les remboursements effectués.

Lorsque vous déposez en ligne vos demandes dans votre Espace Personnel, vous devez garder les documents originaux pendant une période maximum de 27 mois à partir de la date de vos soins.

Les expatriés et leurs ayants droit assurés à la CFE ne sont pas concernés par les dispositions relatives au parcours de soins en France et n'ont pas à choisir de médecin traitant, ni à le consulter avant une visite chez un spécialiste.  
Les dépassements d'honoraires, prévus en cas de non-respect du parcours de soins en France ne leur sont pas applicables. (circulaire ministérielle n°2005-275 du 27/05/05)

|                    |  |  |                            |
|--------------------|--|--|----------------------------|
| <b>Assuré</b>      | N° de Sécurité Sociale : 2 41 08 76 540 053 84 | <b>Règlement</b>                           | Référence : 20210308004085 |
| Nom : SLAOUI       |  | Destinataire : MME BURETTE FRANCOISE       |                            |
| Prénom : FRANCOISE |  | Mode : Virement SEPA                       |                            |
|                    |  | Compte : FR76 1820 6004 9000 8083 9315 073 |                            |



Caisse des Français de l'Étranger  
La Sécurité sociale des expatriés

## FEUILLE DE SOINS DISPENSÉS A L'ÉTRANGER

Réservee à l'usage exclusif des adhérents de la CFE - A ne pas utiliser pour les soins reçus en France

Pour vous aider à renseigner cette feuille de soins, vous êtes invité(e) à vous référer aux conseils pratiques en bas de cette page

### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ADHÉRENT

NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE (obligatoire) :

214110817615401053184

NOM (en capitales) :

SLADOU

Date de naissance :

13/08/41

Prénom :

Françoise

Pays où ont été dispensés les soins :

France

### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MALADE (s'il ne s'agit pas de l'adhérent)

NOM (en capitales) :

Date de naissance :

Prénom :

Exerce-t-il actuellement une activité professionnelle ?

Oui

Non

⇒ Si oui, laquelle ? .....

Est-il retraité ?

Oui

Non

A-t-il des ressources personnelles de quelque nature que ce soit ?

Oui

Non

Je m'engage à signaler tout changement dans la situation de cet avant-droit

### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES SOINS (s'il ne s'agit pas de maladie)

Accident causé par un tiers, indiquez la date :

  /  /  /  /  /

Accident de travail, indiquez la date :

  /  /  /  /  /

Maternité, indiquez la date de conception :

  /  /  /  /  /

(si vous ne l'avez pas envoyée, joignez votre déclaration médicale de grossesse)

### MODALITÉS DE REMBOURSEMENT

Les remboursements sont effectués systématiquement selon les modalités habituelles.

Signaler tout changement d'adresse et de domiciliation bancaire (RIB à joindre)

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur ce document et m'engage à signaler à la CFE toute modification de ma situation et notamment tout changement de pays.  
Les fraudes ou fausses déclarations exposent à l'application de pénalités, à la radiation, à des peines d'amende et/ou d'emprisonnement (articles L766-1-3 et L766-2-2 du code de la Sécurité Sociale – articles 313-1, 313-2-5, 441-1 et 441-6 du code pénal).

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à la gestion des dossiers de sécurité sociale des Français de l'étranger. Les destinataires des données sont : les organismes de protection sociale français, les caisses de retraite, les organismes gestionnaires de complémentaire santé, le ministère des Affaires étrangères, les établissements et professionnels de santé, les employeurs mandatés et les organismes bancaires. Conformément à la loi informatique et libertés du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations vous concernant, que vous pouvez exercer en vous adressant au responsable de traitement : Monsieur le Directeur de la CFE, CFE RELATION CLIENT – 160 rue des Meuniers – 77950 RUELLES – France

Signature:

### RENOUVELLEMENT DES FEUILLES DE SOINS (Imprimé téléchargeable sur notre site [www.cfe.fr](http://www.cfe.fr), rubrique « Vos Imprimés »)

Pour obtenir des feuilles de soins dispensés à l'étranger, indiquez le nombre souhaité :

### IMPORTANT : CONSEILS PRATIQUES AUX ADHÉRENTS

- Utilisez une feuille de soins par malade.
- Complétez obligatoirement cette 1<sup>re</sup> page : tous les éléments doivent être renseignés pour le bon traitement de votre demande. N'omettez pas d'indiquer votre numéro de sécurité sociale et de signer la feuille de soins. Le verso doit également être complété par vos soins.
- Pour être remboursé(e), joignez systématiquement à la présente feuille de soins les éléments ci-dessous :
  - ⇒ les factures originales détaillées et acquittées attestant du paiement pour chacune des dépenses.
  - ⇒ les prescriptions médicales (avec nom et prénom du malade) pour les frais suivants : médicaments, analyses médicales, appareillage, actes en série, frais d'optique.
  - ⇒ ainsi que, en cas de traitement en série, un état de frais indiquant toutes les dates de soins (massages par exemple).
- Dans tous les cas, le remboursement des feuilles de soins est subordonné à l'acquit de vos cotisations à la date des soins.
- Pensez à joindre un RIB lors de votre 1<sup>er</sup> envoi de feuille(s) de soins.
- Pour tout renseignement complémentaire, consultez le site de la CFE : [www.cfe.fr](http://www.cfe.fr)

**ETAT DECLARATIF A COMPLETER PAR L'ADHERENT POUR LES SOINS RECUS A L'ETRANGER  
QUEL QUE SOIT LE PAYS DE DISPENSE DES SOINS**

Identité du malade : NOM : S LAOUI PRENOM : Imane DATE DE NAISSANCE : 13/08/91

| Détails des actes médicaux | Nom du praticien ou de l'établissement | Date des soins | Montant réglé en monnaie locale | Montant éventuellement pris en charge par l'organisme local |
|----------------------------|--|----------------|---------------------------------|---|
|----------------------------|--|----------------|---------------------------------|---|

| CONSULTATION(S)  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Généraliste <input checked="" type="checkbox"/> Spécialiste                   |  |  |  |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> Au cabinet / En établissement <input type="checkbox"/> Au domicile |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Généraliste <input type="checkbox"/> Spécialiste                              |  |  |  |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> Au cabinet / En établissement <input type="checkbox"/> Au domicile |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Généraliste <input type="checkbox"/> Spécialiste                              |  |  |  |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> Au cabinet / En établissement <input type="checkbox"/> Au domicile |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Généraliste <input type="checkbox"/> Spécialiste                              |  |  |  |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> Au cabinet / En établissement <input type="checkbox"/> Au domicile |  |  |  |  |

| CARDIOLOGIE  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Electrocardiogramme (ECG)                 |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Electrocardiogramme + test d'effort (EFF) |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Autre acte, à préciser :                  |  |  |  |  |

| ACTE(S) D'IMAGERIE   |                 |                   |            |            |
|--|-----------------|-------------------|------------|------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Radiographie, zone à préciser :  | <u>...22...</u> | <u>16/10/2011</u> | <u>...</u> | <u>...</u> |
| <input type="checkbox"/> Radiographie panoramique  |                 |                   |            |            |
| <input type="checkbox"/> Mammographie : <input type="checkbox"/> Unilatérale <input type="checkbox"/> Bilatérale |                 |                   |            |            |
| <input type="checkbox"/> Scanner   |                 |                   |            |            |
| <input type="checkbox"/> IRM   |                 |                   |            |            |
| <input type="checkbox"/> Électroencéphalogramme  |                 |                   |            |            |
| <input type="checkbox"/> Echographie, zone à préciser :  |                 |                   |            |            |
| <input type="checkbox"/> Autre, à préciser :   |                 |                   |            |            |

| ACTE(S) DISPENSÉ(S) PAR UN AUXILIAIRE MEDICAL (Kinésithérapeute, infirmier(e), orthophoniste...) |            |            |  |  |
|--|------------|------------|--|--|
| Date de la prescription :  | <u>...</u> |            |  |  |
| Traitement dispensé du   | <u>...</u> | <u>...</u> |  |  |
| Nombre de séances dispensées :   |            |            |  |  |
| Description du traitement :  |            |            |  |  |

| ANALYSES DE LABORATOIRE   |            |                    |            |  |
|---------------------------|------------|--------------------|------------|--|
| Date de la prescription : | <u>...</u> | Date d'exécution : | <u>...</u> |  |
| Date de la prescription : | <u>...</u> | Date d'exécution : | <u>...</u> |  |

| PHARMACIE / FOURNISSEUR   |            |                      |            |  |
|---------------------------|------------|----------------------|------------|--|
| Date de la prescription : | <u>...</u> | Date de délivrance : | <u>...</u> |  |
| Date de la prescription : | <u>...</u> | Date de délivrance : | <u>...</u> |  |
| Date de la prescription : | <u>...</u> | Date de délivrance : | <u>...</u> |  |
| Date de la prescription : | <u>...</u> | Date de délivrance : | <u>...</u> |  |
| Date de la prescription : | <u>...</u> | Date de délivrance : | <u>...</u> |  |

**Docteur MERINI Abderrazak**

**Chirurgien Orthopédiste & Traumatologue**

Ancien Chef de Clinique des hôpitaux de LYON  
Chirurgie arthroscopique du genou  
Chirurgie prothétique de la hanche et du genou



**الدكتور عبد الرزاق المريني**

اختصاصي في جراحة العظام والمفاصل

متدرب سابق ورئيس عيادة مستشفيات ليون

جراحة الركبة بالمنظار

الجراحة التمومية من الورك والركبة

## ORDONNANCE

Casablanca, le : 15/08/2011

ROENTGENOLOGIE QUARTIER DISHOPITAUX  
Place de l'Institut Pasteur  
Boulevard Abdelmoumen - Casablanca  
Tél : 0522.27.83.13 / 0522.27.81.77

BURETTE  
From case Marie  
Madeleine

Radiographies  
2 pieds de face  
debout

Dr. Merini  
Chirurgien orthopédiste et traumatologue  
21, Bd. Pasteur - Casablanca  
Téléphone : 0522.27.83.13 / 0522.27.81.77  
Fax : 0522.29.69.35 - GSM : 0661.24.11.00

---

إقامة باستور (مقابل معهد باستور) - ساحة شارل نيكول - شارع عبد المؤمن - الدار البيضاء  
21, Rés. Pasteur (Face Institut Pasteur) - Place Charles Nicolle - Bd. Abdelmoumen - Casablanca  
النقال : 0522.29.69.16 - الفاكس : 0522.29.69.35 - GSM : 0661.24.11.00  
ICE : 00200713400022 - IF : 24925140

**Docteur MERINI Abderrazak**

**Chirurgien Orthopédiste & Traumatologue**

Ancien Chef de Clinique des hôpitaux de LYON

Chirurgie arthroscopique du genou

Chirurgie prothétique de la hanche et du genou



**الدكتور عبد الرزاق المريني**

اختصاصي في جراحة العظام والمفاصل

متدرب سابق ورئيس عيادة مستشفيات ليون

جراحة الركبة بالمنظار

الجراحة التمومية من الورك والركبة

## ORDONNANCE

Casablanca, le : ..... 15/2/2021

Reçu pour Consultation

(300 DA) trois cent Dirhams

*[Handwritten signature of Dr. Merini]*

21. إقامة باستور (مقابل معهد باستور) - ساحة شارل نيكول - شارع عبد المؤمن - الدار البيضاء  
21, Rés. Pasteur (Face Institut Pasteur) - Place Charles Nicolle - Bd. Abdelmoumen - Casablanca  
النقال : 0661.24.11.00 - GSM : 0522.29.69.35 - الفاكس : 0522.29.69.16 - البريد الإلكتروني : 00200713400022 - IF : 24925140  
ICE : 00200713400022 - IF : 24925140



RADIOLOGIE  
QUARTIER  
DES HÔPITAUX

# الفحص بالأشعة حي المستشفيات

## RADIOLOGIE QUARTIER DES HÔPITAUX

### RÉSIDENCE PASTEUR

إقامة باستور

SCANNER SPIRALE 64B : CORO-SCANNER, COLOSCOPIE VIRTUELLE, DENTA SCANNER  
ECHOGRAPHIE 3D, 4D DOPPLER COULEUR - RADIOLOGIE CONVENTIONNELLE NUMÉRISÉE  
MAMMOGRAPHIE - OSTEODENSITOMÉRIE - PANORAMIQUE DENTAIRE  
RADIOLOGIE INTERVENTIONNELLE ET VASCULAIRE - IRM

Casablanca, le 16/02/2021

Facture N° 709/2021

Dr. N. BENNANI

Nom patient : BURETTE FRANCOISE MARIE MADELAINE

Dr. Y. BOUZIDI

Examen(s) réalisé(s) :

**RX DES DEUX PIEDS DT FACE**

Dr. M.Z. CHAOUI

Montant : **deux cent cinquante (250 DH)**

Dr. T. TAIFOUR

ARRETEE LA PRÉSENTE FACTURE A LA SOMME DE :  
**DEUX CENT CINQUANTE DHS**

*RADIOLOGIE QUARTIER DES HÔPITAUX*  
Place de l'Institut Pasteur  
Boulevard Abdelloumne Casablanca  
Tél: 05 22 27 83 83 / 05 22 27 81 77  
Fax: 05 22 27 84 77